



CENTRO DI RICERCHE E STUDI  
IN PSICOTRAUMATOLOGIA

# Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Livello I°

10 – 11 – 12 Febbraio 2023

NH Firenze

Piazza Vittorio Veneto, 4

Firenze

Modulo di iscrizione

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Professione:** Psicologo \* Abilitazione alla Psicoterapia \*  si  
Medico \* Iscritto a Scuola di Specializzazione  si anno \_\_\_\_\_

**Attività:**  Privata  Pubblica  Convenzionata  Non Esercita

P.IVA \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ CITTA': \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ CELL: \_\_\_\_\_

Mail PEC \_\_\_\_\_ Codice univoco \_\_\_\_\_

Formazione ufficiale  
riconosciuta da:



Associazione EMDR Italia



EMDR

EUROPE

EMDR Europe Association



EMDR Institute, Inc.  
Eye Movement Desensitization & Reprocessing

### OBBIETTIVI:

Acquisire le conoscenze teorico – pratiche relative al modello terapeutico EMDR.  
Acquisire i contenuti tecnico – professionali (conoscenze e competenze) specifici di ciascuna professione.

Costo:

- € 610,00 (IVA compresa) fino al 25 gennaio 2023 (Studenti scuole di specializzazione)
- € 707,60 (IVA compresa) fino al 25 gennaio 2023
- € 790,00 (IVA compresa) dopo il 25 gennaio 2023

Agevolazione di € 244,00 IVA compresa) sul costo intero di livello II, iscrivendosi contemporaneamente ad un livello II in programma sul sito (inviare entrambi i moduli)

Pagamento: bonifico bancario sul conto intestato a:

**C.R.S.P. srl** - Via Umberto I, 65 – 20814 Varedo

IBAN: **IT 67 C 02008 33261 000041163693**

UniCredit Banca Ag. Limbiate

specificando **Cognome – Firenze I**

Allegare copia del bonifico ed inviare mail a [segreteria@crsp.it](mailto:segreteria@crsp.it)

Manifestazione di CONSENSO INFORMATO ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 e D.Lgs. 101/2018

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ autorizza ai sensi del regolamento (UE) 2016/679 e successive integrazioni e modifiche ad utilizzare i dati qui forniti, nel rispetto delle norme di sicurezza e di segretezza professionale per le seguenti finalità: trattamento ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge; invio di materiale e comunicazioni riguardo azioni formative.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata

Data ..... Firma del partecipante.....

Il corso è a numero chiuso e sarà effettuato esclusivamente al raggiungimento del numero minimo previsto di iscritti.

L'organizzatore si riserva di poter modificare la sede qualora si verificassero degli imprevisti.

Il corso sarà tenuto dalla dott.ssa Isabel Fernandez

In caso di rinuncia l'iscrizione sarà rimborsata entro il 05.02.2023 con una penale di € 122,00 (IVA compresa)

Il corso è limitato agli psicoterapeuti abilitati o studenti iscritti alla scuola di specializzazione quadriennale in psicoterapia riconosciuta dal MIUR, almeno al 3° anno

Non verranno attribuiti crediti formativi ECM a studenti iscritti alla Scuola di Specializzazione e a coloro che non sono ancora presenti come Psicoterapeuti nell'elenco dell'Ordine.

Dichiaro di conoscere e accettare le condizioni contrattuali

Data ..... Firma del partecipante.....

Sono stati assegnati  
n. 24  
Crediti Formativi  
per  
"Psicoterapeuta"